


## 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書

記入例

健康保険記号・番号①	記号	1	番号	×××××	請求日②	2024年12月10日				
フリガナ	ケンホウ タロウ				被保険者連絡先④ (日中連絡可能な電話番号)	080(××××)××××				
被保険者氏名(自署)③	健保 太郎									
現住所⑤ 傷病手当金の支給決定通知書の送付先となります。(簡易書留郵便) また、ご提出いただいた書類に不備があった場合等に、ご記入いただいた住所宛に書面を送付することがあります。	〒(170-XXXX) 住所: 東京都豊島区東池袋X-X-X									
被保険者の業務種別⑥ いずれかに☑を付けてください。退職者の場合、在職時の業務に☑をしてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 営業 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> その他( )									
【初回請求の場合】のみ、いずれかに☑をしてください。	<input type="checkbox"/> 受給していた <input checked="" type="checkbox"/> 受給していない									
当初組合加入前の保険者から傷病手当金を受給していましたか⑦										
傷病名⑧ 【妊娠による傷病(妊娠悪阻、切迫早産など)の場合】は、「母子手帳の写し(被保険者氏名・出産予定日が確認できるページ)」の添付をお願いします。傷病手当金と出産手当金が同時に受給できるようになったときは、出産手当金が優先して支給されるため、出産手当金の対象期間を確認いたします。	脳梗塞									
発病・負傷年月日⑨ 分からない場合は「不詳」に☑を付けてください。 日付が不明な場合は「〇年〇月〇日」とご記入ください。	2024年11月1日		<input type="checkbox"/> 不詳							
療養開始日⑩ 「発病・負傷年月日」以前の日付をご記入ください。	2024年11月1日									
発病又は負傷の原因⑪ 分からない場合は「不詳」に☑を付けてください。	高血圧			<input type="checkbox"/> 不詳						
傷病の状態を詳しく⑫ 傷病状態やその間の療養状況等についてご記入ください。	2024年11月1日に倒れ、救急車で病院に緊急入院した。検査の結果、上記の診断を受けたため、投薬・リハビリ等の加療を続けている。									
労務に服することができなかった期間(請求期間)⑬ 日数も必ずご記入ください。 【原則】月末までの1ヶ月単位で請求してください。(複数月分を請求する場合は、1枚の請求書でまとめて請求することも可能です。) 【初回請求の場合】 待期間を含めてご請求ください。 (待期間とは、初回請求の労務に服することができなかった期間のうち、最初の連続した3日間のことを指し、支給対象外です。)	2024年11月1日から2024年11月30日までの30日間									
上記期間に報酬を受けましたか、または今後受けられますか⑭ いずれかに☑を付けてください。「はい」に☑をした場合のみ、報酬対象期間と報酬額(総支給額)をご記入ください。	<input type="checkbox"/> はい →		【報酬対象期間】 年 月 日から 年 月 日まで 【報酬額(総支給額)】 円							
＜傷病の原因が「業務上または通勤途上の原因」の方のみ＞ 労働者災害補償保険法等に基づく休業補償給付等を受けていますか。⑮ いずれかに☑をしてください。「業務上または通勤途上の原因」の場合、原則として、労働者災害補償保険法等の休業補償給付等の対象です。	<input checked="" type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 請求中(請求予定) <input type="checkbox"/> 受給している									
第三者(加害者)行為によるものですか。⑯ いずれかに☑をしてください。第三者(加害者)行為に起因している場合、原則として、医療費や傷病手当金等は健康保険から支給されず、被害者等から加害者へ請求することになります。	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい									
傷病手当金と「同一疾病」で、障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか。⑰ いずれかに☑をしてください。 「障害厚生年金又は障害手当金」が、傷病手当金より少ないときは、傷病手当金が調整され、その差額が傷病手当金として支給されます。	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> はい		「請求中」「はい」の場合のみ、右欄をご記入ください。		受給傷病名					
＜退職者(任意継続被保険者を含む)のみ＞ 老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか。⑱ いずれかに☑をしてください。 老齢又は退職を事由とする「公的年金」が、傷病手当金の金額より少ないときは、傷病手当金が調整され、その差額が傷病手当金として支給されます。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> はい		「請求中」「はい」の場合のみ、右欄をご記入ください。		受給開始年月	年 月				
					基礎年金番号					
介護保険サービスを受けたとき⑲		保険者番号	被保険者番号		保険者番号					
振込希望金融機関⑳	銀行名	XXX					銀行信用金庫	支店名	XXX	支店
	口座番号(右詰でご記入ください)	普通預金						口座名義	被保険者名義	

※ 網掛け部分について、原則被保険者自身においてご記入ください。  
※ 雇用保険受給者、業務上・通勤災害によるもの(労災給付対象)や病気とみなさないもの(美容外科など)は支給対象外です。  
※ 当健康組合へ直接提出された請求書については、「事業主が証明する欄」の証明取得のため、事業主へ提出します。  
※ 支給可否調査のため、必要に応じて追加書類のご提出をお願いします。(療養状況や日常生活状況について所定の「報告書」、医療費の領収書・明細書等)  
※ 傷病手当金と出産手当金を同時に受けることができる場合には、出産手当金が優先されます。  
※ 資格喪失日の前日(退職日)まで被保険者期間が継続して1年以上あり、被保険者喪失日の前日、現に傷病手当金を受けているか、受けられる(支給要件を充足している)状態であれば、資格喪失後も傷病手当金を引き続き受けられる場合があります。  
※ 傷病手当金と同一傷病で障害厚生年金(障害基礎年金も含む)が受けられるようになった場合や、傷病手当金の支給後に、支給期間を対象とした報酬(賞与等)の支払があった場合には、傷病手当金の調整対象となりますので、当健康組合までお申し出ください。また、(支給済の傷病手当金に過払を確認した場合には、返金により精算を行っていただきます。)  
※ 支払日は原則毎月5・15・25日(土日祝日の場合は、前営業日)となります。(各支給日の8営業日前までに不備なく書類が当健康組合に到着したものを支給)なお、金融機関により振込まれる時間は異なります。  
※ 時効は、労務不能であった日ごとその翌日から2年です。(健康保険法第193条)  
※ 健康保険の記号・番号の代わりにマイナンバー(個人番号)で申請する場合は、番号欄にマイナンバー(個人番号)を記載してください。

受付日印

提出先	GIB→大槻事務所 PGF・CLIS・PGI・PGビジネスサービス・年金ホーム・三栄収納サービス・GIB労働組合→各事業主の健康保険担当 ※各事業主の健康保険担当一覧は右記QRコードからご確認ください。 ※任意継続被保険者・退職者は、当健康組合へ直接郵送して下さい。	
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

ジブラク健康保険組合 健-9① (2025.4)

## 傷病手当金・傷病手当金付加金請求書

① (本 社 等 で 証 明 す る た め 、 被 保 険 者 は 空 欄 の ま ま ご 提 出 く だ さ い)  事 業 主 が 証 明 す る 欄	健康保険記号・番号	記号	1	番号	XXXXX	被保険者氏名	健保 太郎	
	労務に服さなかった期間	2024年 11月 1日から 2024年 11月 30日までの 30日間						
	上記期間中の分として、報酬の全額または一部を支給した場合又は支給する場合 (書ききれない場合は、資金台帳写しでの証明でも可。但し、報酬の期間・報酬額を右欄と同様形式で作成の上、証明ください。)	報酬月 [支給月]	支給対象期間 [支給内訳]		報酬額内訳 [ ] [ ] [ ]			報酬計
		月	年	月	年	月	円	円
		月	年	月	年	月	円	円
現在まで又は将来も支給しない場合はその旨								
上記のとおり相違ないことを証明します。 2024年 12月 15日								
事業所名称：XX株式会社 事業主氏名：健康 一郎								
ジブラルタ健康保険組合 理事長 殿								

社会保険労務士の提出代行者

②  (被 保 険 者 が 、 医 師 に 記 載 を 依 頼 し て く だ さ い)  医 師 が 記 載 す る 欄	対象者氏名	健保 太郎	生年月日	(S)・H 45年 1月 1日生	
	傷病名	脳梗塞			
	発病または負傷の原因	従来から血圧が高く、脳梗塞を起こしたと考えられる			
	発病・負傷年月日 (不詳の場合は「不詳」に記付けてください。)	2024年 11月 1日	<input type="checkbox"/> 不詳	療養給付開始日 (初診日)	2024年 11月 1日
	労務不能と認められた期間	2024年 11月 1日から 2024年 11月 30日までの 30日間			
	労務不能と認められた期間における診療実日数	2 日間	左記の期間中で入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)	入院費用の別 健保・自費 公費・その他
	労務不能と認められた期間における診療日 (診療日および入院期間について○を囲んでください。枠が不足する場合は、任意の書式等にご記入ください。)	【2024年11月】 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 【 年 月】 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 【 年 月】 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
	傷病の状態と経過	薬の投与およびリハビリを実施し、経過観察中。症状改善せず、労務不能と判断する。			
上記のとおり相違ありません。 2024年 12月 1日					
所在地：〒(170 - XXXX) 住所：東京都 豊島区 東池袋X- 電話番号：03 (XXXX) XXXX 医療機関名：XX病院 医師氏名：健康 太郎					
ジブラルタ健康保険組合 理事長 殿					

受付日付印

提出先 GIB→大槻事務所  
PGF・CLIS・PGI・PGビジネスサービス・年金ホーム・三栄収納サービス・GIB労働組合→各事業主の健康保険担当  
※各事業主の健康保険担当一覧は右記QRコードからご確認ください。  
※任意継続被保険者・退職者は、当健康組合へ直接郵送して下さい。



ジブラルタ健康保険組合 健-9① (2025.4)

次のような場合に、この請求書をご使用ください。

下記の4つの支給要件を満たしたとき、ご請求ください

- ①病気・けがのための療養中のとき
- ②療養の為に仕事に就けなかったとき
- ③続けて3日以上休んだとき（はじめの3日間は待期間となり、支給されません）
- ④給与等をもらえないとき（給料等もらっていても、その差額が傷病手当金より少ないときは、その差額が支給されます）

【記入要領（記入例の番号と照合してください）】

①健康保険記号・番号（法規則第84条）

健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号をご記入ください。

②請求日

請求日をご記入ください。

③被保険者氏名（自署）

被保険者の氏名を自署でご記入ください。

④被保険者連絡先

被保険者の日中連絡可能な電話番号をご記入ください。

⑤現住所

被保険者の現住所をご記入ください。

⑥被保険者の業務種別（法規則第84条）

被保険者が従事していた業務について、「営業」「事務」「その他」からご選択ください。

⑦（初回請求者のみ）当組合加入前の保険者から傷病手当金を受給していましたか

初回請求者において、当健保組合加入前の保険者からの傷病手当金の受給有無についてご記入ください。

※当健保組合資格取得日から傷病手当金請求期間までの期間が1年6か月未満の場合、当健保組合加入前の保険者や傷病手当金受給歴について、確認させていただく場合があります。

⑧傷病名（法規則第84条）

傷病手当金を請求するに至った傷病名をご記入ください。

⑨発病・負傷年月日（法規則第84条）

傷病手当金を請求するに至った傷病の「発症・負傷年月日」をご記入ください。

※具体的な日付が不明な場合は、「例：2024年11月頃」等をご記入ください。

⑩療養開始日

傷病手当金を請求するに至った傷病の「療養開始日」をご記入ください。

※発症・負傷年月日より前の日付にならないようご記入ください。

⑪発病又は負傷の原因（法規則第84条）

傷病手当金を請求するに至った傷病の「発症又は負傷の原因」について詳しくご記入ください。分からない場合は、「不詳」に☑を付けてください。

⑫傷病の状態を詳しく

労務に服することができなかった期間における傷病状態やその間の療養状況について、ご記入ください。

⑬労務に服することができなかった期間（請求期間）（法規則第84条）

労務に服することができなかった期間について、1ヶ月全休の場合は、原則1ヶ月単位をご記入ください。

※未来の期間についての請求はできません。

※初回請求の場合は、待期間となる3日連続して労務に服することができなかった期間も含めてご記入ください。（待期間は支給対象外です）

※続けて3日以上お休みになった最初の日から請求可能ですが、給与等の支給状況や支給期間（1年6ヶ月）等を考慮し、いつから請求されるかどうか等をご自身でご判断いただきたくお願いいたします。

⑭上記期間に報酬を受けましたか、または今後受けられますか（法規則第84条）

傷病手当金の請求期間における報酬の受給状況について、該当するものに☑を付けてください。

【はい】に☑を付けた場合は、【報酬対象期間】と【報酬額（総支給額）】をご記入ください。

⑮（傷病の原因が「業務上または通勤途上の原因」の方のみ）労働者災害補償保険法等に基づく休業補償給付等を受けていますか

傷病手当金を請求するに至った傷病について、業務中や通勤途上に発症・負傷された場合は、労働者災害補償保険法等に基づく休業補償給付等の受給有無について、該当するものをご選択ください。

※労災給付を受給するに至った場合は、速やかに当健保組合へご連絡ください。

※また、健康保険法第55条第2項等の規定に基づき、労働基準監督署長等に対して労災受給状況の確認を行う場合があります。

⑯第三者（加害者）行為によるものですか

第三者行為の場合には、原則的には、当健保組合から傷病手当金の支給ではなく、被害者が加害者である第三者へ請求となります。

⑰傷病手当金と「同一疾病」で、障害厚生年金又は障害手当金を受給していますか（法規則第84条）

傷病手当金の請求期間に対する障害厚生年金又は障害手当金の受給の有無について、ご記入ください。

※傷病手当金と同一の疾病で障害厚生年金又は障害手当金を受給している場合、傷病手当金の金額の方が大きければ、その差額が傷病手当金として支給されます。（傷病手当金が調整されます）

※傷病手当金受給開始後に障害厚生年金又は障害手当金を受給することになった場合は、速やかに当健保組合へご連絡ください。

⑱（退職者（任意継続被保険者を含む）のみ）老齢又は退職を事由とする公的年金を受給していますか（法規則第84条）

任意継続被保険者及び資格喪失者の方のみ、老齢又は退職を事由とする公的年金の受給の有無をご記入ください。

※老齢又は退職を事由とする公的年金を受給している場合、当該公的年金の金額が傷病手当金より少ないときは、その差額が傷病手当金として支給されます。（傷病手当金が調整されます）

⑲介護保険サービスを受けたとき（法規則第84条）

傷病手当金の請求期間に対する介護サービスの有無について、ご記入ください。※介護保険サービスを受けていない場合は、記入不要です。

⑳振込希望金融機関

振込希望の被保険者名義の金融機関をご記入ください。

㉑事業主が証明する欄（法規則第84条）

事業主にて労務不能期間を証明する欄のため、被保険者はご記入する必要はありません。

㉒医師が記載する欄（法規則第84条）

傷病手当金の請求期間について、医師の証明をご取得ください。ご取得後、記入漏れがないかご確認ください。

※被保険者の傷病手当金の請求期間と医師が記載した期間は一致するようにお願いします。

**【必要書類】**

・傷病手当金請求書（被保険者が記入する欄）（健-9①）

・傷病手当金請求書（事業主が証明する欄・医師が記載する欄）（健-9②）

※健康保険法施行規則第84条により、傷病手当金の支給を受けようとする者は、「労務に服することができなかった間、疾病又は負傷の発生した年月日、原因、主症状、経過の概要に関する医師の意見書を添付しなければならない」と規定されており、診断書等での代用はできません。

**【提出期限】**

労務不能であった日ごとにその翌日から2年以内に申請してください。

※時効…労務不能であった日ごとにその翌日から2年（健康保険法 第193条）

**【支給日】（支給日が土日祝日の場合は前営業日）**

原則毎月5日・15日・25日（各支給日の8営業日前までに不備なく書類が当健保組合に到着したものを支給）

なお、請求書に不備があった場合や、被保険者や医療機関等に確認しなければならない事項がある場合は、この標準的な日程を超える場合もありますので、ご了承願います。

※請求書に不備があった場合や、医療機関からのレセプト等を確認する場合等がある場合は、この標準的な日程を超える場合もありますので、ご了承願います。

※ご請求のタイミングや内容によっては、ご請求いただいてから支給までに1か月以上かかる場合があります。

**【提出先】**

各事業主の健康保険担当			
事業主名		担当部署	
ジブラルタ生命保険株式会社		社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所 以下イントラを確認いただき、専用の送付状貼付のうえ提出します。 格納場所：Gibraltar Web Portal > 給与厚生サービス > 社会保険サブメニュー	
事業主名	担当部署	事業主名	担当部署
ブルデンシャルジブラルタファイナンシャル生命保険株式会社	人事チーム	株式会社協栄年金ホーム	総務部
株式会社CLIS	人事総務部	株式会社三栄収納サービス	総務部
株式会社PGI	総務部門	ジブラルタ生命労働組合	総務担当
PGビジネスサービス株式会社	総務部	ジブラルタ健康保険組合	総務担当

※当健保組合に直接郵送された場合は、事業主証明を取得するために事業主へ回送させていただきます。

※任意継続被保険者や資格喪失者は郵送にて、当健保組合へお送りください。

〒170-0013 東京都豊島区東池袋4-24-3 「ジブラルタ健康保険組合」宛